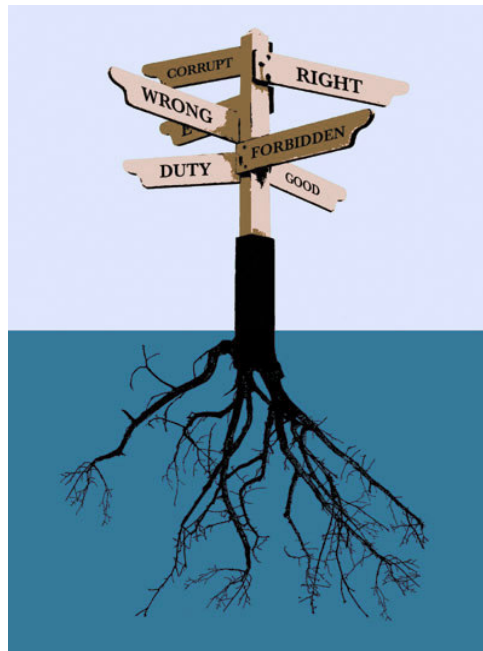


Het dilemma voorbij

*Herbouwen van geschade assumpties na een moreel dilemma
door middel van zelftranscendentie.*



Masterscriptie

6 februari 2013, Universiteit Utrecht

Auteur

M. C. Vlaar (3388468)

Scriptiebegeleider

dr. H. A. W. Schut

Opleiding

Master Klinische- en Gezondheidspsychologie

Onderzoeksbegeleider

dr. E. Vermetten

OnderzoeksCentrum Militaire Geestelijke Gezondheidszorg

Voorwoord

De mogelijkheid om onderzoek te doen naar morele dilemma's in het kader van mijn masterscriptie heeft bij mij veel enthousiasme opgeroepen. Ik werd meteen gegrepen door de veelzijdigheid van het onderwerp. Die veelzijdigheid maakte ook dat ik allerlei zijwegen begon te nemen waardoor ik verdwaalde in de grote hoeveelheid literatuur rondom het onderwerp. Mijn persoonlijke interesse in spiritualiteit leidde tot de keuze om naast morele dilemma's ook zelftranscendentie te onderzoeken. Het is een zeer uitdagende reis gebleken om het enigszins geesteswetenschappelijke onderwerp "zelftranscendentie" vanuit een sociaal-wetenschappelijk perspectief te onderzoeken.

De gesprekken met de geïnterviewde militairen hebben een diepe indruk op mij gemaakt en ik heb dan ook groot respect voor de manier waarop zij hun dagelijkse werk uitvoeren. Daarom wil ik hierbij de gelegenheid nemen om alle geïnterviewden te bedanken. Ook wil ik graag Henk Schut bedanken voor zijn deskundige begeleiding, die met zijn scherpe blik mij heeft geholpen mijn onderzoeksvaardigheden verder te ontwikkelen. Ook wil ik graag Eric Vermetten en Kim Beekman bedanken voor alle inspirerende gesprekken en hun ondersteuning bij de uitvoering van het onderzoek. Daarnaast ook dank aan Levien Nordeman die tijdens mijn onderzoek een grote steun voor mij is geweest. Het schrijven van mijn scriptie was een onvergetelijke ervaring en heeft mij veel nieuwe inzichten opgeleverd, die ik graag met u deel. Ik wens u veel leesplezier.

Marijke Vlaar

Inhoudsopgave

Abstract	.....	4
Inleiding	.....	5
Methode	.....	9
Resultaten	.....	12
Discussie	.....	17
Literatuurlijst	.....	21
Bijlagen	.....	26

Abstract

The aim of this study was to investigate the relationship between the experience of a moral dilemma, well-being and self-transcendence. The confrontation with a mayor life event, such as a moral dilemma, can alter the previous beliefs and assumptions of an individual about the world and about the self. Self-transcendence can potentially help individuals to cope when they are confronted with a moral dilemma because it is assumed that it supports the formation of new assumptions. Sixty-two participants (military personnel) filled out a questionnaire to determine their level of self-transcendence, well-being and level of psychopathological symptoms. They also participated in a semi-structured interview to determine whether they have had experienced a moral dilemma. Contrary to expectations no clear relations were found between experiencing a moral dilemma, well-being and self-transcendence. In regards to well-being and self-transcendence only certain aspects (welfare and intuitiveness) were related, but in another direction than hypothesized. Intuitiveness was related to a low level of well-being. The expected moderation effect of self-transcendence could not be conducted due to statistical shortcomings. Because participants scored lower on self-transcendence and on psychopathological symptoms compared to the normal population it is possible that military personnel is very down to earth and do not need self-transcendence as a coping mechanism. But this could not be determined in this study and could provide clues for further research.

Inleiding

Na een traumatische of ingrijpende gebeurtenis kunnen mensen psychische problemen ontwikkelen, zoals bijvoorbeeld posttraumatische stressklachten. Een moreel dilemma kan gezien worden als een dergelijke ingrijpende gebeurtenis en wordt gedefinieerd als een onmogelijke keuze tussen twee conflicterende verplichtingen of persoonlijke waarden. Het is daarbij onduidelijk welke van de conflicterende waarden en/of normen men moet kiezen (Verweij, Hofhuis & Soeters, 2007). Persoonlijke waarden en/of normen komen hierdoor sterk onder druk te staan. Zo kan bijvoorbeeld het eerdere idee “ik heb goede morele waarden, ik leef in een rechtvaardige wereld” veranderen in “ik heb immoreel gehandeld en de wereld is onrechtvaardig”. Op deze manier ontstaat er een discrepantie tussen verwachtingen ten aanzien van het ideale zelf en het actuele zelf (Higgins, 1987). Deze discrepantie in de zelfperceptie kan leiden tot zelfveroordeling, gevoelens van schaamte, angst en somberheid (Hall & Fincham, 2005). Daarnaast kunnen er op den duur ook herbelevingen en intrusies optreden (Litz et al., 2009). De negatieve psychische gevolgen van een moreel dilemma worden ook wel morele schade genoemd (Litz et al., 2009).

Er is nog weinig onderzoek gedaan naar bijvoorbeeld factoren die mensen kunnen beschermen tegen morele schade. Dit terwijl verschillende beroepsgroepen te maken krijgen met morele dilemma's, zoals medisch personeel, psychologen, militairen, rechtsgeleerden en politieagenten (Verweij et al., 2007). Het is dan ook van belang om te onderzoeken of er beschermende factoren te identificeren zijn, zodat hier in de beroepspraktijk aandacht aan kan worden besteed, bijvoorbeeld in de vorm van preventie.

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat zelftranscendentie een krachtige copingstrategie is (Villagomez, 2005) en een positieve bijdrage kan leveren aan het herstel na een ingrijpende gebeurtenis (Ellermann & Reed 2001; Pelusi, 1997). Daarom zal in deze studie onderzocht worden of zelftranscendentie ook een positieve invloed kan hebben bij individuen die een moreel dilemma hebben ervaren. In dit onderzoek zal antwoord gegeven worden op de vraag: in hoeverre is er een verband tussen de mate van zelftranscendentie en het niveau van welzijn bij mensen die een moreel dilemma hebben ervaren? Om deze vraag te beantwoorden zal allereerst worden beschreven hoe positieve veranderingen tot stand kunnen komen en op welke manier zelftranscendentie hieraan zou kunnen bijdragen.

Groei na een ingrijpende gebeurtenis

De filosoof Friedrich Nietzsche zegt: “That which does not kill us makes us stronger” (Ridley, 2005). De woorden van Nietzsche lijken te suggereren dat het meemaken van een

ingrijpende gebeurtenis kan leiden tot het ervaren van persoonlijke groei. Positieve psychische veranderingen zoals het ervaren van persoonlijke groei na een traumatische gebeurtenis wordt ook wel posttraumatische groei (PTG) genoemd (Kleim & Ehlers, 2009; Tedeschi & Calhoun, 2004). Maar hoe komt deze groei tot stand? Vanuit de sociaal-cognitieve theorie wordt verondersteld dat na een ingrijpende gebeurtenis bestaande assumpties over het zelf en de wereld worden geschonden (Litz et al., 2009; McCann & Pearlman, 1990). Na de schending moeten nieuwe opvattingen gevormd worden die in de cognitieve schema's van het individu opgeslagen zijn (Janoff-Bulman, 2002).

Het vormen van nieuwe schema's kan tot stand komen door betekenisgeving en door middel van cognitieve herstructurering (Janoff-Bulman, 2002; Tedeschi & Calhoun, 2004). Cognitieve herstructurering is een proces waarbij bewust of onbewust wordt nagedacht over de ingrijpende gebeurtenis waardoor nieuwe schema's gevormd worden (Coward, 1990; Reed, 1991). Tedeschi en Calhoun (2004) beschouwen cognitieve herstructurering als een van de belangrijkste processen die kunnen leiden tot PTG (Zoellner & Maercker, 2006).

Zoals eerder genoemd kan na een moreel dilemma de opvatting ontstaan "ik heb immoreel gehandeld en de wereld is onrechtvaardig". Het is dus van belang dat na het ervaren van een moreel dilemma nieuwe schema's worden gevormd met een positieve connotatie (Litz et al., 2009). Het is mogelijk dat na het ervaren van een moreel dilemma nieuwe opvattingen gevormd worden zoals: "ik heb naar mijn beste kunnen gehandeld, ik heb nog steeds goede morele waarden en de wereld is rechtvaardig".

Zelftranscendentie

Zelftranscendentie kan het vormen van nieuwe schema's ondersteunen en draagt bij aan de cognitieve herstructurering na een ingrijpende gebeurtenis (Coward, 1990; Reed, 1991; Yalom, 1982). Doordat zelftranscendentie bijdraagt aan de cognitieve herstructurering is het mogelijk dat zelftranscendentie de totstandkoming van PTG stimuleert. Transcendentie betekent letterlijk "overstijgen". Het begrip zelftranscendentie refereert dan ook naar het overstijgen van het zelf (Farran, 1996). Als karaktertrek kan een hoge mate van zelftranscendentie betekenen dat mensen bescheiden, tevreden, altruïstisch en spiritueel zijn (Cloninger, Svrakic & Przybeck 1993; Duijsens & Spinhoven, 2006). Er wordt hierbij aangenomen dat een karaktertrek kan veranderen gedurende de levensloop (Svrakic et al., 2002). Individuen met een hoge mate van zelftranscendentie kunnen goed omgaan met lijden, dood, onzekerheid en ambiguïteit en zijn in conflictsituaties goed in staat hun eigen aandeel te onderkennen (Duijsens & Spinhoven, 2006). Deze positieve karaktereigenschappen komen tot stand doordat individuen met een hoge mate van

zelftranscendentie goed in staat zijn afstand te nemen van de situatie (Reed, 1991) en de situatie vanuit meerdere perspectieven te bekijken (Farran, 1996). Daarnaast is men in staat tot een hoge mate van introspectie en empathie waarbij de eerder gevormde assumpties of vooroordelen opzij gezet kunnen worden (Reed, 1991). Aangezien individuen met een hoge mate van zelftranscendentie goed om kunnen gaan met de ambiguïteit, kunnen zij mogelijk ook goed omgaan met de ambiguïteit die zich voordoet tijdens een moreel dilemma. Zij kunnen hun handelen mogelijk makkelijker objectiveren, relativëren en accepteren waardoor zij misschien minder snel last zullen hebben van schuldgevoelens of spijt.

In tegenstelling tot mensen met een hoge mate van zelftranscendentie zijn individuen met een lage mate van zelftranscendentie niet goed in staat om met lijden, dood, ambiguïteit en onzekerheid om te gaan. Ze zijn rationeel, materialistisch en berekenend en kunnen niet goed omgaan met situaties die bijvoorbeeld niet wetenschappelijk te verklaren zijn (Duijsens & Spinhoven, 2006). Daarentegen moet ook opgemerkt worden dat een extreem hoge mate van zelftranscendentie in verband gebracht wordt met een hoge mate van magisch denken, wat kan leiden tot het uit het oog verliezen van de realiteit (Duijsens & Spinhoven, 2006).

Het lijkt erop dat zelftranscendentie in het bijzonder na een ingrijpende gebeurtenis een positieve bijdrage kan leveren aan het herstel van mensen. Verschillende onderzoeken onderschrijven dit. Zo wordt zelftranscendentie in verband gebracht met een gevoel van welzijn, hoge kwaliteit van leven (Neill, 2002; Zemore & Kaskutas, 2004) en een toegenomen gevoel van eigenwaarde (Coward, 1990). Daarnaast is zelftranscendentie gerelateerd aan een verhoogde mate van welzijn bij mensen die geconfronteerd worden met hun eigen sterfelijkheid, zoals ziekte of ouderdom (Coward, 2003; Coward & Lewis, 1993; Ellermann & Reed 2001; Mellors, Rileya & Erlenc, 1997; Nygren et al., 2005; Young & Reed, 1995).

Uit bovenstaande onderzoeken kan geconcludeerd worden dat zelftranscendentie een positieve invloed kan hebben op mensen die een ingrijpende gebeurtenis hebben meegemaakt. Er is echter nog weinig onderzoek gedaan naar de mogelijke relatie tussen zelftranscendentie en welzijn bij mensen die een moreel dilemma hebben ervaren. In deze studie zullen deze relaties nader worden onderzocht.

De eerste hypothese in dit onderzoek is dat deelnemers die een moreel dilemma hebben ervaren een lager welzijnsniveau rapporteren dan deelnemers die geen moreel dilemma hebben ervaren aangezien een moreel dilemma wordt beschouwd als ingrijpende gebeurtenis. Daarnaast wordt verwacht dat deelnemers die een moreel dilemma hebben ervaren hoger zullen scoren op zelftranscendentie dan deelnemers die geen moreel dilemma hebben ervaren. Deze verwachting is gebaseerd op de aanname dat mensen na een ingrijpende gebeurtenis op zoek gaan naar bijvoorbeeld spiritualiteit waardoor zij meer zelftranscendent worden (Reed, 1991).

Een volgende verwachting is dat er een positieve relatie bestaat tussen de mate van zelftranscendentie en welzijn. Deelnemers met een hoge mate van zelftranscendentie zullen ook een hoog welzijnsniveau en een laag klachtenniveau rapporteren. Welzijn wordt omschreven als een positief of neutraal affect samen met een laag klachtenniveau. Er moet daarbij wel worden opgemerkt dat er een bodemeffect kan optreden bij het meten van de mate van zelftranscendentie aangezien de deelnemers van dit onderzoek militairen zijn. Er zijn namelijk aanwijzingen dat militairen lager scoren op zelftranscendentie vergeleken met de normale bevolking (Rademaker, Vermetten, Geuze, Mulwijk & Kleber, 2008).

De laatste hypothese in dit onderzoek is dat zelftranscendentie een modererende rol heeft in de relatie tussen het wel of niet ervaren van een moreel dilemma en de mate van welzijn. Deze verwachting komt voort uit de gedachte dat mensen die een moreel dilemma hebben ervaren een lager welzijnsniveau ervaren behalve wanneer ze hoger scoren op zelftranscendentie, dan scoren zij hoger op welzijn. De hogere mate van zelftranscendentie beschermt de individuen tegen morele schade waardoor zij een hoger welzijn ervaren dan individuen die lager scoren op zelftranscendentie. Individuen die geen moreel dilemma hebben ervaren zullen zelftranscendentie niet nodig hebben als copingmechanisme, waardoor zij niet meer of minder klachten ervaren dan deelnemers die wel een moreel dilemma hebben ervaren.

Methode

Design

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van één meetmoment waarbij groepen zijn vergeleken in de vorm van een mixed groep design (zowel between als within subjects). Welzijn en het wel of niet ervaren van een moreel dilemma zijn onafhankelijke variabelen in dit onderzoek. Zelftranscendentie wordt beschouwd als een afhankelijke variabele.

Procedure

Steekproefsgewijs zijn 400 Nederlandse militairen uit de regio Noord-Brabant geselecteerd die een hoge en lage ervaren impact rapporteerden op een nazorgvragenlijst. Genodigde militairen zijn op uitzending geweest in de periode 2009 tot 2010 en konden na het ontvangen van de uitnodiging (Bijlage 1) en instemmingsverklaring (Bijlage 2) zelf contact opnemen met de onderzoekster. Deelnemers aan het onderzoek hebben geen vergoeding gekregen. Zij hebben echter wel (betaald) verlof gekregen van hun werkgever (Ministerie van Defensie). Naast bovengenoemde steekproef zijn ook 16 militairen uitgenodigd (Bijlage 1) van wie op basis van een eerdere pilot-studie bekend was dat zij een moreel dilemma hadden ervaren. Twee van deze militairen hebben de vragenlijsten per post geretourneerd. De afname van de vragenlijst en het semi-gestructureerd interview (Bijlage 3) duurde ongeveer tweeënhalve uur per deelnemer. Met toestemming van de deelnemer is het interview op band opgenomen. Het invullen van de vragenlijsten gebeurde in een rustige ruimte.

Respondenten

Van de 416 genodigden hebben uiteindelijk 62 (14.9%) militairen deelgenomen aan het onderzoek, waarvan vier vrouwen en 58 mannen. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 41.4 jaar (SD= 10.4). Van de deelnemers is 58% (N=36) gehuwd, 22.6 % (N=14) woont samen, 14.5% (N=9) is ongehuwd en 3.2% (N=2) van de deelnemers is gescheiden. Daarnaast blijkt 19.4% (N=12) van de deelnemers lager opgeleid (Mavo of LTS) te zijn, de helft (50%, N=31) is gemiddeld opgeleid (HAVO, VWO en MBO), 27.4 % (N=17) is hoger opgeleid (HBO en Universiteit) en 3.2% (N=2) heeft aangegeven anders opgeleid te zijn. Dertig deelnemers (48.4%) geven aan een moreel dilemma te hebben ervaren tijdens hun uitzending (2009 tot 2010) en 32 deelnemers (51.6%) hebben geen moreel dilemma ervaren. Van het totale aantal deelnemers heeft 24.2% (N=15) wel, en (32.3%, N=20) geen moreel dilemma ervaren buiten het tijdspad dat in dit onderzoek als meetmoment is vastgesteld

(2009 tot 2010). Van 27 deelnemers (43.5%) was het niet bekend of zij buiten het meetmoment van het onderzoek een dilemma hebben ervaren. Het gemiddeld aantal uitzendingen van deelnemers was 3.22 (SD=2.26).

Meetinstrumenten

Moreel dilemma

Om een moreel dilemma vast te stellen is gebruik gemaakt van een semi-gestructureerd interview (Bijlage 3) dat is ontwikkeld door middel van de delphi-methode. Hierbij werden vijf verschillende experts op de gebieden hulpverlening, ethiek en defensie geraadpleegd om te bepalen welke waarden in het geding kunnen zijn bij een moreel dilemma. Er zijn vijf waarden geoperationaliseerd, namelijk: veiligheid, rechtvaardigheid, waardering, weerbaarheid en loyaliteit. Als de deelnemer vanuit zijn of haar subjectieve beleving de indruk heeft dat één van de bovengenoemde waarden in het geding is gekomen, kan er sprake zijn van een moreel dilemma. Na afloop van het interview is door de twee onderzoekers vastgesteld of er sprake is geweest van een moreel dilemma. Bij twijfel is een derde beoordelaar geraadpleegd om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te vergroten.

Welzijn

Welzijn wordt geoperationaliseerd door twee vragenlijsten samen te voegen, namelijk de Kwaliteit van Leven-vragenlijst (WHOQoL-Bref) en de Symptom Checklist-90 (SCL-90), de SCL-90 is daarbij gespiegeld. Omdat mensen geneigd zijn ondanks hun klachten toch een hoge kwaliteit van leven te rapporteren (Dembo, Leviton & Wright, 1975; Dijkers, 1999; Keany & Glueckauf, 1993) wordt bij de samenstelling van de welzijnsvariabele het klachtenniveau (SCL-90) dubbel zo zwaar gewogen.

De kwaliteit van leven wordt gemeten door middel van de Nederlandse verkorte versie (WHOQoL-Bref, zie Bijlage 4) van de World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQoL-100). De Kwaliteit van Leven-vragenlijst (WHOQoL-Bref) bestaat uit 26 items die op een vijfpuntsschaal (1= erg ontevreden, 5= erg tevreden) vier domeinen meet, namelijk fysieke en psychische gezondheid, sociale relaties en omgevingsmogelijkheden (De Vries & Van Heck, 1996). Twee items zijn niet opgenomen in een domein en meten de algemene gezondheidssatisfactie en kwaliteit van leven (Trompenaars, Masthoff, Van Heck, Hodiament, & De Vries, 2005). In dit onderzoek is de totaalscore van de WHOQoL-Bref gebruikt (Havenaar, Van Os & Wiersma, 2004). De WHOQOL-Bref heeft volgens verschillende onderzoeken bij Nederlandse psychiatrische patiënten een goede betrouwbaarheid (Cronbach's alpha >.80), goede constructvaliditeit en

een goede contentvaliditeit (Schoen, Kool & Derksen, 2011). De interne consistentiecoëfficiënt (Cronbach's alfa) van de WHOQOL-Bref uit dit onderzoek was .94.

De Symptom Checklist-90 (SCL-90) bestaat uit negentig items die op een vijfpuntsschaal (1= helemaal geen klachten, 5= erg veel klachten) het algehele klachtenniveau van de afgelopen week meten (Arrindell & Ettema, 1986). De vragenlijst bestaat uit de acht schalen: angst, depressie, agorafobie, somatische klachten, hostiliteit, insufficiëntie van denken, slaapproblemen, wantrouwen en inter-persoonlijke sensitiviteit (Arrindell & Ettema, 1986). In dit onderzoek is de totaalscore van de SCL-90 gebruikt. Zowel de betrouwbaarheid (Cronbach's alfa $>.80$), constructvaliditeit, criteriumvaliditeit (Arrindell & Ettema, 2003; Evers, van Vliet-Mulder & Groot, 2000) en de test-hertestbetrouwbaarheid van de SCL-90 worden als goed beoordeeld (Arrindell & Ettema, 2003). De interne consistentiecoëfficiënt (Cronbach's alfa) van de SCL-90 van dit onderzoek was .97.

Zelftranscendentie

Zelftranscendentie is geïnventariseerd met behulp van de Temperament and Character Inventory (TCI). Respondenten beantwoorden 33 items met ja of nee (Duijsens & Spinhoven, 2006). De Zelftranscendentie-vragenlijst bestaat uit drie subschalen, namelijk: zelfverliezendheid ook wel intuïtiviteit (onberedeneerd, onzelfzuchtig) genoemd, versus zelfbewustzijn ook wel materialisme (berekenend, rationeel) genoemd (Svrakic et al., 2002). De tweede schaal is natuurgerichtheid (idealisme) en de derde schaal is magisch denken (spiritualiteit) versus berekenend-materialisme (rationaliteit). De validiteit en test-hertestbetrouwbaarheid van de TCI is goed (Duijsens, & Spinhoven, 2000) en de interne consistentie (Cronbach's alfa $>.70$) is voldoende tot goed (Duijsens, Spinhoven, Goekoop, Spermon & Eurelings-Bontekoe, 2000). De interne consistentiecoëfficiënt (Cronbach's alfa) van de Zelftranscendentie-vragenlijst in dit onderzoek was .73.

Resultaten

Beschrijvende gegevens

Allereerst worden de resultaten gegeven van de kernvariabelen van de studie. In Tabel 1 is te zien dat deelnemers (N=61) op de Zelftranscendentie-vragenlijst een gemiddelde score hebben van 8 (SD=4.3). De hoge standaarddeviatie is mogelijk te wijten aan het gegeven dat de Zelftranscendentie-vragenlijst niet normaal verdeeld is, met name de scores rond het gemiddelde tonen een grote spreiding. Deelnemers scoren benedengemiddeld op zelftranscendentie vergeleken met de normale bevolking (Duijsens & Spinhoven, 2006). Van de deelnemers scoort 35,5% (N=22) laag tot zeer laag (scoren 0 tot 6) op zelftranscendentie vergeleken met de normale bevolking, 35,5% (N=22) scoort benedengemiddeld (7 tot 9), 22,5% (N=14) scoort gemiddeld en vier deelnemers (6.5%) scoren bovengemiddeld of hoog (16 tot 25).

Op klachtenniveau (Symptom Checklist-90) is de gemiddelde score 105.7 (SD=.3). Deelnemers (N=60) scoren vergeleken met de normale bevolking (Arrindell & Ettema, 2003) benedengemiddeld op klachtenniveau. Veertig procent (N=24) van de deelnemers scoort vergeleken met de normale bevolking laag tot zeer laag (scoren 90 tot 95) op klachtenniveau, 36.7% (N=22) scoort beneden gemiddeld (96 tot 112), vier deelnemers (6.6%) scoren gemiddeld (113 tot 123) en 16.7% (N=10) scoort boven gemiddeld of hoog (124 tot 182). Gezien de spreiding en het lage klachtniveau vergeleken met de normgroep lijkt het erop dat deelnemers zeer gezond zijn en relatief weinig klachten ervaren. Op de Kwaliteit van Leven-vragenlijst scoren deelnemers (N=62) gemiddeld 4.3 (SD=.5). Er zijn geen normgroepgegevens beschikbaar om de deelnemers mee te vergelijken. De welzijnsvariabelen is een gestandaardiseerde score (op een schaal van 1 tot 100) die bestaat uit meting van zowel de kwaliteit van leven als het klachtenniveau, waarbij het laatstgenoemde twee keer zo zwaar is meegewogen bij het bepalen van het welzijnsniveau. Het gemiddelde welzijnsniveau van de deelnemers is 84.7 (SD=10.2, N=60).

Tabel 1.

Range, gemiddelden, standaarddeviaties en normscores op de kernvariabelen.

	N	Minimum	Maximum	Gemiddelde	Standaarddeviatie	Normgroep
Zelftranscendentie	62	0	17	8	4.1	12.5*
Kwaliteit van leven	62	3	5	4.3	.5	
Klachtenniveau	60	91	140	105.7	.3	118**
Welzijn	60	63	100	84.7	10.2	

* normgegevens normale bevolking uit Duijsens en Spinhoven (2006), **normgegevens normale bevolking uit Arrindell en Ettema (2003).

Om te testen of de demografische gegevens samenhangen met de kernvariabelen zijn verschillende toetsen uitgevoerd. Naast welzijn worden hierbij ook steeds de kwaliteit van leven en het klachtenniveau apart getest. Uit de analyse komt naar voren dat militaire rang, militaire divisie (luchtmacht, landmacht, etc.), geslacht, opleidingsniveau, leeftijd en burgerlijke staat geen relatie hebben met welzijn, mate van zelftranscendentie en het wel of niet ervaren van een moreel dilemma. Er is echter wel een verschil ($\chi^2(3)=10.68$, $p \leq .01$) gevonden tussen het opleidingsniveau (Tabel 2) en het wel of niet ervaren van een moreel dilemma. Gebaseerd op de Odds-ratio kan geconcludeerd worden dat hoger opgeleiden .6 keer zoveel kans hebben om een moreel dilemma te ervaren.

Tabel 2.

Frequentieverdeling met relatieve frequenties voor opleidingsniveau en moreel dilemma.

	Dilemma	Geen dilemma
Laagopgeleid (Mavo en LTS)	23% (N=7)	15% (N=5)
Gemiddeld opgeleid (HAVO, VWO en MBO)	30% (N=9)	69% (N=22)
Hoogopgeleid (HBO en Universiteit)	40% (N=12)	16% (N=5)
Anders opgeleid	7% (N=2)	0% (N=0)
Totaal	100% (N=30)	100% (N=32)

Naast het vergelijken van de demografische gegevens is ook getest of het aantal uitzendingen en het ervaren van een moreel dilemma (in combinatie met het wel of niet ervaren van een eerder dilemma vóór het meetmoment van het onderzoek), invloed had op een van de kernvariabelen. Er zijn geen verschillen gevonden op deze variabelen.

Datapreparatie

Vóór het testen van de hypothesen zijn alle variabelen getest op normaliteit en uitschieters. Uitschieters zijn vervangen door minder extreme waarden overeenkomstig de procedures zoals voorgesteld door Tabachnick en Fidell (2001). De welzijnsvariabele is kwadratisch getransformeerd. De Zelftranscendentie-schaal en de SCL-90 scores voldoen niet aan de normaliteitscriteria. Er waren geen onregelmatigheden te zien op het gebied van multicollineariteit, homoscedasticiteit en lineariteit. Van drie deelnemers kon de betreffende schaal score niet worden berekend omdat zij op basis van de criteria uit de verschillende handleidingen teveel missende waarden hadden.

Moreel dilemma, welzijn en zelftranscendentie

Er werd verwacht dat deelnemers die een moreel dilemma hebben ervaren een lager welzijnsniveau rapporteren dan deelnemers die geen moreel dilemma hebben ervaren. Er zijn echter geen significante verschillen ($t(57)=-.05$, $p>.05$) tussen de verschillende welzijnsniveaus (welzijn, klachtenniveau en kwaliteit van leven) en het wel of niet hebben ervaren van een moreel dilemma. Daarnaast is de verwachting dat deelnemers die een moreel dilemma hebben ervaren hoger scoren op zelftranscendentie dan deelnemers die geen moreel dilemma hebben ervaren, niet bevestigd.

De relaties tussen het ervaren van een moreel dilemma, welzijn en zelftranscendentie zijn nader onderzocht op subschaalniveau om op die manier een gedetailleerder beeld te verkrijgen. Daarbij zijn in het kader van de datapreparatie opnieuw de uitschieters vervangen door minder extreme waarden (Tabachnick & Fidell, 2001). Omdat de SCL-90 uitermate scheef verdeeld was zijn er geen scores berekend voor de SCL-90 subschalen. De subschaal fysieke kwaliteit van leven is kwadratisch getransformeerd. Alle drie de Zelftranscendentie-subschalen (intuïtiviteit, natuurgericht en magisch denken) zijn niet normaal verdeeld.

Deelnemers die wel een moreel dilemma hebben ervaren en deelnemers die geen moreel dilemma hebben ervaren verschillen niet in hun mate van zelftranscendentie, intuïtiviteit, natuurgericht, magisch denken, of op welzijnsniveau (welzijn, klachtenniveau, kwaliteit van leven en kwaliteit van leven subschalen).

Relatie tussen welzijn en zelftranscendentie

De eerste hypothese in dit onderzoek is dat er een positieve relatie bestaat tussen de mate van zelftranscendentie en welzijn. Zelftranscendentie blijkt niet samen te hangen met welzijn ($r=-.09$, $p>.05$), het klachtenniveau ($r=.10$, $p>.05$) of met de kwaliteit van leven ($r=-.12$, $p>.05$). In Tabel 3 is te zien dat er een negatief verband bestaat tussen de subschaal intuïtiviteit en algemene kwaliteit ($r=-.29$, $N=62$, $p<.05$), psychische ($r=-.25$, $N=62$, $p<.05$) en fysieke kwaliteit van leven ($r=-.41$, $N=62$, $p<.01$). Daarnaast is er een positief verband tussen intuïtiviteit en het klachtenniveau ($r=.35$, $N=60$, $p<.01$).

Tabel 3.

Spearman's rho correlaties tussen welzijnsniveau, klachtenniveau en de Kwaliteit van Leven (KvL) en Zelftranscendentie hoofd en subschalen, N=62 tenzij anders vermeld.

	Intuïtiviteit	Natuurgericht	Magisch denken	Zelftranscendentie
Welzijn (N=60)	-.32*	-.03	.04	-.09
Klachtenniveau (N=60)	.35**	.08	-.05	.10
Algemene KvL	-.29*	-.04	.00	-.12
Fysieke KvL	-.41**	-.05	.02	-.16
Psychische KvL	-.25*	.12	-.02	-.05
Sociale relaties	-.20	-.04	-.05	-.10
Omgevingsmogelijkheden	-.13	-.05	.11	.01

* $p < .05$, ** $p < .01$

Er is daarnaast ook onderscheid gemaakt op groepsniveau met betrekking tot de Zelftranscendentie-schaal en Zelftranscendentie-subschalen. Daarbij zijn veertig procent van de laagste en hoogste scores en twintig procent van de gemiddelde scores in groepen verdeeld. Om het risico op kanskapitalisatie te verminderen is overwogen om een MANOVA-toets uit te voeren, maar omdat er sprake is van multicollineariteit en singulariteit is deze toets echter niet uitgevoerd. Op groepsniveau is er een verschil ($F(2,59)=4.26$, $p < .05$) in fysieke kwaliteit van leven tussen deelnemers die hoog en deelnemers die laag scoren op intuïtiviteit. Deelnemers die laag scoren op intuïtiviteit ($M=4.36$, $SD=.47$, $N=31$) scoren hoger (LSD, post hoc, $p < .01$) op fysieke kwaliteit van leven dan deelnemers die hoog scoren op intuïtiviteit. Laatstgenoemden scoren namelijk lager ($M=3.84$, $SD=.73$, $N=17$) op fysieke kwaliteit van leven. Daarbij moet worden opgemerkt dat deelnemers die hoog scoren op intuïtiviteit vergeleken met de normale bevolking (Duijsens & Spinhoven, 2006) gemiddeld scoren op intuïtiviteit. Laag intuïtieve deelnemers scoren benedengemiddeld vergeleken met de normale bevolking.

Deelnemers die gemiddeld scoren op intuïtiviteit, verschillen niet op fysieke kwaliteit van leven vergeleken met deelnemers hoog of laag scoren op intuïtiviteit ($M=4.14$, $SD=.71$, $N=14$). Op de overige welzijnsvariabelen is geen verschil te zien in mate van intuïtiviteit. Daarnaast is er ook geen verschil tussen de verschillende welzijnsniveaus (welzijn, klachtenniveau, kwaliteit van leven en de subschalen van kwaliteit van leven) en de mate van zelftranscendentie, natuurgerichtheid of in de mate van magisch denken.

De hypothese dat er een positieve relatie bestaat tussen welzijn en zelftranscendentie is dus deels bevestigd. Zelftranscendentie, natuurgerichtheid en magisch denken hangen niet samen met de verschillende welzijnsvariabelen. Daarentegen is intuïtiviteit wel gerelateerd aan het welzijnsniveau, maar in tegengestelde richting van wat werd verwacht. Een hoge mate van intuïtiviteit is gerelateerd aan een hoog klachtenniveau,

laag welzijnsniveau en een lage algemene, psychische en fysieke kwaliteit van leven. Daarnaast blijkt dat deelnemers die hoog scoren op intuïtiviteit een lagere fysieke kwaliteit van leven rapporteren dan deelnemers die laag scoren op intuïtiviteit.

Zelftranscendentie als moderator

Met betrekking tot de tweede hypothese werd verwacht dat de relatie tussen welzijn en het wel of niet ervaren van een moreel dilemma versterkt wordt door de mate van zelftranscendentie. Zelftranscendentie wordt gezien als een moderator. De moderatieanalyse kon echter niet worden uitgevoerd omdat de zelftranscendentie-schaal en ook de zelftranscendentie-subschalen niet normaal verdeeld zijn. De hypothese dat zelftranscendentie een moderator zou zijn tussen welzijn en het wel of niet ervaren van een moreel dilemma kon om deze reden noch verworpen noch bevestigd worden.

Discussie

Het voornaamste doel van deze studie was om na te gaan of het ervaren van een moreel dilemma gerelateerd was aan de mate van zelftranscendentie en het welzijnsniveau. De relaties tussen het wel of niet ervaren van een moreel dilemma, welzijn en zelftranscendentie zijn slechts op enkele deelaspecten bevestigd.

Geen crisis, geen groei

Litz et al. (2009) veronderstellen dat na een ingrijpende gebeurtenis zoals een moreel dilemma, de bestaande opvattingen en assumpties geschonden worden. Na deze schending is het van belang dat het individu nieuwe opvattingen vormt die worden opgeslagen in de cognitieve schema's van het individu. Als het individu er niet in slaagt nieuwe schema's te vormen met een positieve connotatie, kan dit leiden tot morele schade en op den duur zelfs negatieve psychische gevolgen hebben (Litz et al., 2009). Voorvloeiend uit deze gedachte werd verwacht dat mensen die een moreel dilemma hebben ervaren meer klachten en een lager welzijn zouden rapporteren dan mensen die geen moreel dilemma hebben ervaren. Dit is echter niet bevestigd. Een mogelijke verklaring voor het uitblijven van klachten na een ingrijpende gebeurtenis is het individu de gebeurtenis niet aanmerkt als crisis, waardoor er geen assumpties geschonden worden (Lechner, Carver, Antoni, Weaver & Phillips, 2006) en er geen groei nodig is (Kleim & Ehlers, 2009). Daarnaast is het ook mogelijk dat de assumpties wel geschonden zijn maar dat deze schendingen niet tot klachten hebben geleid.

Ook werd verwacht dat mensen die een moreel dilemma hebben ervaren vergeleken met mensen die geen moreel dilemma hebben ervaren hoger zouden scoren op zelftranscendentie omdat zij nieuwe schema's proberen te vormen door middel van zelftranscendentie. Deze verwachting is niet bevestigd. Het is mogelijk dat er geen gebruik is gemaakt van zelftranscendentie als copingmechanisme omdat er ofwel geen assumpties geschonden zijn, of omdat de geschonden assumpties niet tot klachten hebben geleid.

Daarnaast is er gevonden dat deelnemers die een moreel dilemma hebben ervaren een hogere kans hebben om ook hoger opgeleid te zijn. Mogelijkerwijs hebben mensen met een hogere opleiding meer verantwoordelijkheid waardoor zij eerder geconfronteerd worden met moeilijke keuzes zoals een moreel dilemma.

Omdat zelftranscendentie het vormen van nieuwe schema's zou ondersteunen (Coward, 1990) werd verwacht dat er een relatie zou zijn tussen het welzijnsniveau en de mate van zelftranscendentie. Echter, de relatie tussen zelftranscendentie en welzijn is niet bevestigd. Er is desondanks wel een verschil gevonden op een deelaspect van

zelftranscendentie, namelijk tussen mensen die meer intuïtief (onberedeneerd, onzelfzuchtig en gevoelsmatig) zijn en mensen die minder intuïtief zijn, ook wel materialistisch (berekend, rationeel, enkel geïnteresseerd in feiten) genoemd (Cloninger, Svrakic & Svrakic, 1997). Mensen die meer materialistisch zijn rapporteren over het algemeen een hoog welzijnsniveau (welzijn, algemene, psychische en fysieke kwaliteit van leven) en een laag klachtenniveau. Daarnaast blijkt ook dat meer intuïtieve mensen vergeleken met meer materialistische mensen gemiddeld een lagere fysieke kwaliteit van leven rapporteren.

Mensen met een lage mate van zelftranscendentie worden omschreven als nuchter, materialistisch, gecontroleerd en pragmatisch (Cloninger, Svrakic & Svrakic, 1997). Mogelijk leidt deze houding ertoe dat, net als bij het ervaren van een moreel dilemma, de assumpties na een ingrijpende gebeurtenis niet geschonden worden waardoor het klachtenniveau niet toeneemt. Daarnaast is het opvallend dat meer intuïtieve mensen een lagere fysieke kwaliteit van leven rapporteerden dan meer materialistische mensen. In de onderzoeken van Kleim en Ehlers (2009) en Lechner et al., (2006) wordt een soortgelijk resultaat gevonden. Een lage posttraumatische groei (PTG) wordt gerelateerd aan een laag klachtenniveau en daarnaast wordt een gemiddelde PTG in verband gebracht met een hoog klachtenniveau. In hun onderzoek is een curvilineair verband (omgekeerde U) gevonden tussen PTG en het klachtenniveau. Omdat intuïtieve deelnemers vergeleken met de normale bevolking gemiddeld intuïtief zijn, is het mogelijk dat zij net als mensen die een gemiddelde PTG rapporteren meer klachten ervaren dan mensen die een lage PTG rapporteren. De auteurs betogen dat mensen die een gemiddelde PTG rapporteren negatieve gevolgen van het trauma bagatelliseren en zichzelf op deze wijze geruststellen, terwijl zij in werkelijkheid wel degelijk klachten ervaren. Wellicht dat mensen die gemiddeld intuïtief zijn ook matige PTG ervaren en graag groei willen ervaren, maar dat de groei onvoldoende tot stand komt waardoor zij meer klachten ervaren dan meer materialistische mensen.

Mogelijkerwijs bestaat er net als bij PTG een curvilineair verband tussen zelftranscendentie en welzijn. In het huidige onderzoek kon zelftranscendentie als moderator in de relatie tussen welzijn en het wel of niet ervaren van een moreel dilemma niet worden vastgesteld ten gevolgen van statische beperkingen. In eventueel vervolgonderzoek zal rekening gehouden moeten worden met het mogelijke curvilineaire verband tussen welzijn en zelftranscendentie.

Militaire context

Een opvallende bevinding is dat alle deelnemers van dit onderzoek ten opzichte van de normale bevolking gemiddeld lager scoren op zowel zelftranscendentie als op

klachtniveau. In een eerdere studie werd ook een lage mate van zelftranscendentie gevonden bij militairen (Rademaker et al., 2008). Mogelijk is de lage mate van zelftranscendentie en het lage klachtniveau gerelateerd aan de militaire context. De eerder genoemde omschrijving van mensen met een lage mate van zelftranscendentie lijkt deels overeen te komen met kenmerken van de militaire cultuur. Zo wordt van militaire verwacht een hoge mate van zelfcontrole te bezitten en dus ook sterke controle te hebben over hun emoties (Rietveld, 2011). Het uiten van bijvoorbeeld psychische problemen kan leiden tot schaamte waardoor militaire mogelijk eerder geneigd zijn negatieve emoties te onderdrukken. Mogelijk heeft het onderdrukken van emoties een functie binnen de militaire context en mogelijk is het zelfs adaptief.

Uit onderzoek blijkt dat de neiging om emoties en gedachten rondom de ingrijpende gebeurtenis te vermijden (Bonanno, Keltner, Holen & Horowitz, 1995; Ginzburg, Solomon & Bleich, 2002) en te onderdrukken, ook wel repressieve copingstijl genoemd, inderdaad psychische klachten kunnen verminderen na een traumatische gebeurtenis (Ginzburg et al., 2002; McNally, 2011). Echter, er zijn ook aanwijzingen dat deze repressieve copingstijl beperkt houdbaar is. Zo blijkt uit onderzoek dat militairen die in eerste instantie (drie jaar na uitzending) weinig klachten rapporteren, op langere termijn (na twintig jaar) een sterke toename van klachten rapporteren (Solomon & Mikulincer, 2006). Onderdrukte herinneringen kwamen met name op middelbare leeftijd opnieuw naar boven. Wellicht dat de tijdspanne van dit onderzoek, twee á drie jaar na het dilemma, te kort was om het positieve effect van zelftranscendentie vast te stellen.

Het is denkbaar dat copingstrategieën gedurende de levensloop veranderen, en waar bijvoorbeeld eerst een repressieve copingstijl gehanteerd wordt men in later levensfasen andere copingstrategieën gaat gebruiken. Zo is gevonden dat zelftranscendentie in het bijzonder op latere leeftijd adaptief blijkt te zijn na een ingrijpende gebeurtenis (Ellermann & Reed, 2001; Reed, 1989; Young & Reed, 1995). Voor vervolgonderzoek is het van belang om de werking van zelftranscendentie nader te bestuderen binnen diverse levensfasen. Mogelijk biedt vervolgonderzoek aanknopingspunten die de nazorgbehandeling van bijvoorbeeld veteranen kunnen verbeteren.

Beperkingen onderzoek

Een belangrijke beperking van dit onderzoek is dat er slechts één meetmoment is gebruikt. Er zijn aanwijzingen dat het proces van betekenisgeving, wat een belangrijk onderdeel is van zelftranscendentie (Ellermann & Reed 2001), met name plaatsvindt binnen enkele weken na de traumatische gebeurtenis (Davis, Wortman, Lehman & Silver, 2000), maar mogelijk ook

pas na vijf jaar (Murphy, Johnson & Lohan, 2003). Omdat het vinden van een betekenis invloed kan hebben op het welzijnsniveau (Park, 2010) is het van belang om bij vervolgonderzoek meerdere meetmomenten te gebruiken, bijvoorbeeld enkele weken en enkele jaren na de uitzending. Daarnaast heeft het gebrek aan power er mogelijk toe geleid dat de initiële hypothesen niet bevestigd zijn. Om deze redenen moeten de resultaten van het onderzoek dan ook met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Ook lijkt er sprake te zijn van restrictie van de range op welzijnsniveau omdat de deelnemers uitermate gezond lijken te zijn. Wellicht dat dit het vinden van verschillen op welzijnsniveau mogelijk heeft bemoeilijkt.

Conclusie

Anders dan verwacht zijn er geen duidelijke relaties gevonden tussen het ervaren van een moreel dilemma, welzijn en zelftranscendentie. Slechts op deelaspecten van welzijn en zelftranscendentie zijn relaties gevonden, maar in de tegengestelde richting dan verwacht werd. Intuïtiviteit werd gerelateerd aan een laag welzijnsniveau. Verder zijn er aanwijzingen dat het ervaren van moreel dilemma geen nadelige effecten lijkt te hebben op het welzijnsniveau. De mogelijkheid bestaat dat de militaire cultuur invloed heeft op de copingstrategieën die worden toegepast, maar dit kon echter niet worden vastgesteld in dit onderzoek, mogelijk biedt het aanknopingspunten voor vervolgonderzoek.

Literatuurlijst

- Arrindell, W. A., & Ettema, J. H. M. (1986). *SCL-90 Symptom checklist: Handleiding bij een multidimensionale psychopathologie-indicator*. Lisse: Swets Test Publishers.
- Arrindell, W. A., & Ettema, J. H. M. (2003). *SCL-90 Symptom checklist: Handleiding bij een multidimensionale psychopathologie-indicator*. Lisse: Swets Test Publishers.
- Bonanno, G. A., Keltner, D., Holen, A., & Horowitz, M. J. (1995). When avoiding unpleasant emotions might not be such a bad thing: Verbal-autonomic response dissociation and midlife conjugal bereavement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(5), 975.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., & Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50(12), 975.
- Cloninger, C. R., Svrakic, N. M., & Svrakic, D. M. (1997). Role of personality self-organization in development of mental order and disorder. *Development and Psychopathology*, 9(4), 881-906.
- Coward, D. D. (1990). The lived experience of self-transcendence in women with advanced breast cancer. *Nursing Science Quarterly*, 3(4), 162-169.
- Coward, D. D. (2003). Facilitation of Self-Transcendence in a Breast Cancer Support Group: II. *Oncology Nursing Forum*, 30(2), 291-300.
- Coward, D. D., & Lewis, F. M. (1993). The lived experience of self-transcendence in gay men with AIDS. *Oncology Nursing Forum*, 20(9), 1363-1368.
- Davis, C. G., Wortman, C. B., Lehman, D. R., & Silver, R. C. (2000). Searching for meaning in loss: Are clinical assumptions correct?. *Death Studies*, 24(6), 497-540.
- Dembo, T., Leviton, G. L., & Wright, B. A. (1975). Adjustment to misfortune: A problem of social-psychological rehabilitation. *Rehabilitation Psychology*, 22(1), 1.
- Dijkers, M. (1999). Measuring quality of life: Methodological Issues 1. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 78(3), 286-300.
- Duijsens, I. J., & Spinhoven, P. H. (2000). *TCI Handleiding van de Nederlandse Temperament en Karakter Vragenlijst (versie 1.0)*. Leiderdorp: Datec.

- Duijsens, I. J., & Spinhoven, P. H. (2006). *TCI Handleiding van de Nederlandse Temperament en Karakter Vragenlijst*. Leiderdorp: Datec.
- Duijsens, I. J., Spinhoven, P., Goekoop, J. G., Spermon, T., & Eurelings-Bontekoe, E. H. (2000). The Dutch temperament and character inventory (TCI): Dimensional structure, reliability and validity in a normal and psychiatric outpatient sample. *Personality and Individual Differences, 28*(3), 487-499.
- Ellermann, C. R., & Reed, P. G. (2001). Self-transcendence and depression in middle-age adults. *Western Journal of Nursing Research, 23*(7), 698-713.
- Evers, A., Vliet-Mulder, J. C. van, & Groot, C. J. (2000). *Documentatie van tests en testresearch in Nederland*. Assen: Van Gorcum.
- Farran, C. J. (1996). Theoretical perspectives concerning positive aspects of caring for elderly persons with dementia: Stress/adaptation and existentialism. *The Gerontologist, 37*(2), 250-257.
- Ginzburg, K., Solomon, Z., & Bleich, A. (2002). Repressive coping style, acute stress disorder, and posttraumatic stress disorder after myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine, 64*(5), 748-757.
- Hall, J. H., & Fincham, F. D. (2005). Self-forgiveness: The stepchild of forgiveness research. *Journal of Social and Clinical Psychology, 24*(5), 621-637.
- Havenaar, J. M., Os, J. van, & Wiersma, D. (2004). Algemene meetinstrumenten in de psychiatrische praktijk. *Tijdschrift voor psychiatrie, 46*(10), 647-651.
- Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review, 94*(3), 319.
- Janoff-Bulman, R. (2002). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: Simon and Schuster.
- Keany, K. C., & Glueckauf, R. L. (1993). Disability and value change: An overview and reanalysis of acceptance of loss theory. *Rehabilitation Psychology, 38*(3), 199.
- Kleim, B., & Ehlers, A. (2009). Evidence for a curvilinear relationship between posttraumatic growth and posttrauma depression and PTSD in assault survivors. *Journal of Traumatic Stress, 22*(1), 45-52.

- Lechner, S. C., Carver, C. S., Antoni, M. H., Weaver, K. E., & Phillips, K. M. (2006). Curvilinear associations between benefit finding and psychosocial adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(5), 828.
- Litz, B. T., Stein, N., Delaney, E., Lebowitz, L., Nash, W. P., Silva, C., & Maguen, S. (2009). Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model and intervention strategy. *Clinical Psychology Review, 29*(8), 695-706.
- McCann, L., & Pearlman, L. A. (1990). *Psychological trauma and the adult survivor: Theory, therapy, and transformation*. Philadelphia: Brunner/Mazel.
- McNally, R. J., Hatch, J. P., Cedillos, E. M., Luethcke, C. A., Baker, M. T., Peterson, A. L., & Litz, B. T. (2011). Does the Repressor Coping Style Predict Lower Posttraumatic Stress symptoms?. *Military Medicine, 176*(7), 752-756.
- Mellors, M. P., Riley, T. A., & Erlenc, J. A. (1997). HIV, self-transcendence, and quality of life. *Journal of the Association of Nurses in AIDS care, 8*(2), 59–69.
- Murphy, S. A., Johnson, L. C., & Lohan, J. (2003). Finding meaning in a child's violent death: A five-year prospective analysis of parents' personal narratives and empirical data. *Death Studies, 27*(5), 381–404.
- Neill, J. (2002). Transcendence and transformation in the life patterns of women living with rheumatoid arthritis. *Advances in Nursing Science, 24*(4), 27-47.
- Nygren, B., Aléx, L., Jonsén, E., Gustafson, Y., Norberg A., & Lundman, B. (2005). Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old. *Aging and Mental Health, 9*(4) 354-362.
- Park, C. L. (2010). Making sense of the meaning literature: an integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological bulletin, 136*(2), 257.
- Pelusi, J. (1997). The lived experience of surviving breast cancer. *Oncology Nursing Forum, 24*(8), 1343-1353.
- Rademaker, A. R., Vermetten, E., Geuze, E., Mulwijk, A., & Kleber, R. J. (2008). Self-reported early trauma as a predictor of adult personality: A study in a military sample. *Journal of Clinical Psychology, 64*(7), 863-875.

- Reed, P. G. (1991). Self-transcendence and mental health in oldest-old adults. *Nursing Research*, 40(1), 5-11.
- Ridley, A. (2005). *Nietzsche: The anti-christ, ecce homo, twilight of the Idols: And other writings*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rietveld, N. (2011). Schaamte door psychische verwonding: Militairen falen niet. *Cogiscope*, (8)4, 18-21.
- Schoen, R. A., Kool, J. A., & Derksen, J. J. L. (2011). Psychometrische eigenschappen van en overlap tussen de OQ-45, BDI en WHOQoL-Bref bij uitkomstonderzoek. *Psychologie en Gezondheid*, 39(4), 214-223.
- Solomon, Z., & Mikulincer, M. (2006). Trajectories of PTSD: A 20-year longitudinal study. *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 659-666.
- Svrakic, D. M., Draganic, S., Hill, K., Bayon, C., Przybeck, T. R., & Cloninger, C. R. (2002). Temperament, character, and personality disorders: Etiologic, diagnostic, treatment issues. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(3), 189-195.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics*. New York: Harper Collins.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological inquiry*, 15(1), 1-18.
- Trompenaars, F. J., Masthoff, E. D., Heck, G. L. van, Hodiament, P. P., & Vries, J. de (2005). Content validity, construct validity, and reliability of the WHOQOL-Bref in a population of Dutch adult psychiatric outpatients. *Quality of Life Research*, 14(1), 151-160.
- Verweij, D., Hofhuis, K., & Soeters, J. (2007). Moral judgment within the armed forces. *Journal of Military Ethics*, 6(1), 19-40.
- Villagomez, L. R. (2005). Spiritual distress in adult cancer patients: Toward conceptual clarity. *Holistic nursing practice*, 19(6), 285-294.
- Vries, J. de, & Heck, G. L. van (1996). *Nederlandse WHOQOL-Bref*. Tilburg: Tilburg University.

Yalom, I. D. (1982). The 'terrestrial' meanings of life. *International Forum for Logotherapy*, 5(2), 92-102.

Young, C.A., & Reed, P. G. (1995). Elders' perceptions of the role of group psychotherapy in fostering self-transcendence. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9(6) 338-347.

Zemore, S. E., & Kaskutas, L. A. (2004). Helping, spirituality and alcoholics anonymous in recovery. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 65(3), 383.

Zoellner, T., & Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology: A critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review*, 20(5), 626-653.



Bijlagen

Uitnodiging onderzoek

Bijlage 1

Datum: 05-12-2011

Bedrijfsgroep
Gezondheidszorg
Militaire Geestelijke
Gezondheidszorg
RcGGZ Zuid

Geachte heer/mevrouw,

Datum
20-2-2013
Onze referentie

Middels deze brief willen wij u vragen mee te werken aan een onderzoek naar militair moeilijke morele keuzes tijdens uitzendingen (genaamd 3MKU2012).

Waar gaat dit onderzoek over?

Een moeilijke morele keuze wordt soms ook wel moreel dilemma genoemd door de militaire ethiek. Een moreel dilemma is een situatie waarbij iemand verschillende keuzen tot handelen heeft die, volgens het gezond verstand, kunnen leiden tot een onprettige situatie. Iedereen heeft te maken met morele vragen en dilemma's en iedereen zal zichzelf de vraag stellen in hoeverre iets geoorloofd is of niet, of loyaliteit in het geding is, de betekenis van conventies, van trots, onoverwinnelijkheid, maar het antwoord op die vraag zal vaak voor iedereen verschillend zijn.

Recent is binnen Defensie een onderzoek gestart naar de relatie tussen persoonlijkheid, karakter en morele dilemma's onder militairen die uitgezonden zijn geweest naar Afghanistan. Deze moeilijke keuzen kunnen soms lang blijven hangen en iemands terugblik op de uitzending kleuren. Met de resultaten van dit onderzoek wordt het mogelijk gemaakt militairen in een eerder stadium of op een andere wijze te trainen hoe voor jezelf met dergelijke situaties om te gaan.

Waarom krijgt u deze brief en uitnodiging?

Voor dit onderzoek vragen wij de medewerking van militairen die in de periode van 2009-2010 uitgezonden zijn geweest naar Afghanistan. Er zijn door de afdeling Gedragswetenschappen 200 militairen steekproefsgewijs aangeschreven. Uit de steekproef die gedaan is op basis van de Nazorgvragenlijst Defensie is uw naam gekozen.

Bedrijfsgroep
Gezondheidszorg
Militaire Geestelijke
Gezondheidszorg
RcGGZ Zuid

Wat vragen wij van u?

Concreet betekent dit dat u een dagdeel kwijt bent voor een interview met ondergetekende dat plaatsvindt in het CMH Utrecht of op de MGGZ Den Bosch en het invullen van een paar vragenlijsten. Met de resultaten zal anoniem en vertrouwelijk omgegaan worden. Het is voor ons niet mogelijk om na afloop van dit onderzoek, de gegevens te koppelen aan individuele deelnemers. Deelname zal plaatsvinden in de periode maart-juli 2012.

Datum
20-2-2013
Onze referentie

Deelname is geheel op vrijwillige basis. Het staat u ook vrij op ieder moment van het onderzoek de deelname te weigeren of zich terug te trekken. Voor zowel de deelname als weigering/terugtrekking van het onderzoek, geldt dat dit geen enkele consequentie heeft voor u of uw carrière/loopbaan. U dient zich te realiseren dat het onderzoek u geen direct voordeel oplevert, maar dat uw ervaring van onschatbare waarde is voor uw collega's die in de toekomst worden uitgezonden.

Werkt u mee?

Wij hopen van harte dat u mee wil werken aan dit onderzoek. Door een email te sturen geeft u te kennen dat u akkoord gaat met de inzameling van uw gegevens. Ook na versturing van de email behoudt u het recht om, zonder opgave van reden, alsnog af te zien van uw medewerking aan het onderzoek.

Wilt u meedoen, dan verzoeken wij u een email te sturen met uw contactgegevens naar ks.beekman@mindef.nl. Wanneer wij deze ontvangen hebben, zal met u telefonisch contact worden opgenomen voor het maken van een afspraak. Aangezien het een intern onderzoek dat loopt via het OC MGGZ kunnen bij deelname aan het onderzoek eventuele reiskosten teruggevorderd worden op basis van het dienstreisbesluit Defensie.

Mochten er na het lezen van deze brief vragen zijn, dan kunt u natuurlijk contact opnemen met ondergetekende.

Met vriendelijke groet,

Kap drs. Kim Beekman

Kap drs. Kim Beekman
Gezondheidszorgpsycholoog in opleiding tot specialist
MGGZ, regiocentrum Zuid
Statenlaan 45-47
5223 LA 's-Hertogenbosch
T+31 73 6223202 F+31 73 6223205

Kol-arts dr.Eric (HGJM) Vermetten
Hoofd Onderzoeks Centrum MGGZ
Centraal Militair Hospitaal
Heidelberglaan 100
3584 CX Utrecht
T +31 30 2502591 F +31 30 2502282

Bedrijfsgroep
Gezondheidszorg
Militaire Geestelijke
Gezondheidszorg
RcGGZ Zuid

Datum
20-2-2013
Onze referentie

Instemmingsverklaring

Bijlage 2

Toestemming deelname aan dit onderzoek

Bedrijfsgroep
Gezondheidszorg
Militaire Geestelijke
Gezondheidszorg
RcGGZ Zuid

Datum

20-2-2013

Onze referentie

Ik,

Naam:

Adres:

Postcode en Plaats:

Telefoonnummer mobiel:

Telefoonnummer thuis:

begrijp dat in het kader van dit onderzoek gegevens worden ingezameld en verwerkt, en ga hier vrijwillig mee akkoord.

Opgemaakt op/...../ 2012 te

Handtekening

Insteek interview

Welkomstwoord

Vertrouwelijkheid, deelname kunnen weigeren, dit heeft geen consequenties, tutoyeren, duur van het gesprek, aanvullend vragenlijsten, opname op digitale band.

Deel 1

- Waar bij defensie werkzaam
- Welke functie
- Hoe lang
- Rang
- Leeftijd
- Man/vrouw

U bent in de periode van 2009-2010 uitgezonden geweest naar Afghanistan.

- In welke functie
- Welke rang
- Voor hoe lang
- Hoe heeft u de uitzending ervaren
- Bent u nadien nog op uitzending geweest
- Zo ja waar, wanneer en voor hoe lang

Deel 2

We zijn recent gestart met onderzoek naar de relatie tussen persoonlijkheid, karakter en morele dilemma's onder militairen die uitgezonden zijn geweest naar Afghanistan. Deze moeilijke keuzen kunnen soms lang blijven hangen en iemands terugblik op de uitzending kleuren.

Een moeilijke morele keuze wordt soms ook wel moreel dilemma genoemd door de militaire ethiek. Een moreel dilemma is een situatie waarbij iemand verschillende keuzen tot handelen heeft die, volgens het gezond verstand, kunnen leiden tot een onprettige situatie. Je kunt daarbij denken aan een voorbeeld als; schiet je op een kind dat voor jou staat met een geweer? Of wat doe je als je wordt geacht je te houden aan de ROE en je niet te bemoeien met lokale zaken en je ziet dat een vrouw verkracht wordt? Grijp je dan in? Vaak voel je je bij dit soort keuzes machteloos. Soms zijn die keuzes zo ingrijpend dat mensen daar jarenlang last van hebben. Of soms na jaren daar alsnog last van krijgen. Iedereen krijgt te maken met morele vragen en dilemma's en iedereen zal zichzelf de vraag stellen in hoeverre iets geoorloofd is of niet, of loyaliteit in het geding is, de betekenis van conventies,

van trots, onoverwinnelijkheid, maar het antwoord op die vraag zal vaak voor iedereen verschillend zijn. Dat is de reden van dit onderzoek. Daaruit voortvloeiend hebben wij een aantal vragen;

- Heb je zelf gedurende de uitzending wel eens voor een moreel of tragisch dilemma gestaan? Dus zo'n moeilijke beslissing waarbij je niet onmiddellijk weet wat je moet doen en waarbij je je machteloos kunt voelen?

- Zo ja, wil je eens beschrijven wat, waar, hoe, waarom, wanneer etc., tussen welke alternatieven kon je kiezen, hoe voelde je je, wat koos je om te doen, hoe reageerden anderen, had je zoiets al eerder meegemaakt, denk je er nog aan terug, denk je er nu anders over, zou je nu iets anders besluiten, heeft deze gebeurtenis invloed gehad op de rest van je leven?
- Zo nee,
 1. Heb je je gedurende de uitzending je onveilig gevoeld? Kreeg je daarbij het idee dat je je minder verantwoordelijk voelde, je volwassenheid werd aangetast, je niet meer professioneel kon handelen of je minder verstandig voelde.
 2. Heb je je gedurende de uitzending het gevoel van onrechtvaardigheid ervaren? Voelde je alsof je betrouwbaarheid werd aangetast, kwam het gevoel van eerlijkheid in het geding, voelde je minder compassie, voelde je je minder gewetensvol of had je het idee niet meer integer te kunnen handelen.
 3. Heb je het idee gehad dat je minder weerbaar was gedurende de uitzending? Zijn er momenten geweest dat je je minder dapper voelde, je minder kon doorzetten, er minder sprake was van discipline, er minder initiatief getoond kon worden en er minder ruimte bleek te zijn voor waarden en normen omdat de druk toen even heel hoog was?
 4. Heb je je minder loyaal gevoeld? Had je het idee je minder trouw te voelen, dat er minder sprake was van toewijding en gehoorzaamheid.
 5. Heb je het idee gehad dat je minder/weinig erkent gevoeld hebt. Kon je je ervaringen delen, heb je broederliefde gevoeld, was er sprake van genegenheid, op bepaalde momenten misschien juist meer dan andere momenten of juist minder?
- Wanneer er bij een van de vijf bovenstaande waarden toch een bevestigend antwoord komt, dan doorvragen aan de hand van het eerste gedeelte (Zo ja.....)

**THE WORLD HEALTH ORGANIZATION
QUALITY OF LIFE (WHOQOL) –BREF**

The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF

© World Health Organization 2004

Instructies

Wij vragen u om in deze vragenlijst aan te geven wat u vindt van uw kwaliteit van leven, gezondheid en andere levensgebieden. **Beantwoord alstublieft alle vragen.** Als u onzeker bent over het antwoord dat u wilt geven op een vraag, **kies dan het antwoord** dat het meest toepasselijk lijkt. Dit kan vaak uw eerste reactie zijn.

Houd uw normen, hoop, genoegens en zorgen in gedachten. We vragen u te denken aan uw leven in **de afgelopen twee weken**. Bijvoorbeeld, denkend aan de laatste twee weken, zou een vraag kunnen luiden:

		Helemaal niet	Weinig	Middel- matig	Veel	Een extreme hoeveelheid
	Krijgt u het soort steun dat u nodig heeft, van anderen?	1	2	3	4	5

U moet het cijfer omcirkelen dat het beste past bij hoeveel steun u in de afgelopen twee weken van anderen heeft gekregen. Dus u zou het cijfer 4 omcirkelen, als u veel steun van anderen hebt gekregen, op de volgende manier.

		Helemaal niet	Weinig	Middel- matig	Veel	Een extreme hoeveelheid
	Krijgt u het soort steun dat u nodig heeft, van anderen?	1	2	3	4	5

U moet het cijfer 1 omcirkelen als u van anderen helemaal niet de steun heeft gekregen waar u behoefte aan had in de afgelopen twee weken. Leest u alstublieft elke vraag, ga uw gevoelens na en omcirkel voor elke vraag het cijfer van de schaal dat het beste bij u past.

WHOQOL-Bref

		Erg slecht	Tamelijk slecht	Goed noch slecht	Tamelijk goed	Erg goed
1.	Hoe zou u uw kwaliteit van leven inschatten?	1	2	3	4	5

		Erg ontevreden	Ontevreden	Tevreden noch ontevreden	Content	Erg tevreden
2.	Hoe tevreden bent u met uw gezondheid	1	2	3	4	5

IN DE VOLGENDE VRAGEN WORDT GEVRAAGD **IN WELKE MATE (HOEVEEL)** U IN DE AFGELOPEN TWEE WEKEN BEPAALDE DINGEN HEBT ERVAREN.

		Helemaal niet	Weinig	Middelmatig	Hevig	Een extreme hoeveelheid
3.	In welke mate vindt u dat pijn u afhoudt van wat u moet doen?	1	2	3	4	5
4.	Hoeveel behoefte hebt u aan medische behandeling om in uw dagelijkse leven te kunnen functioneren?	1	2	3	4	5
5.	Hoeveel geniet u van het leven?	1	2	3	4	5
6.	In welke mate voelt u dat uw leven betekenisvol is?	1	2	3	4	5

IN DE VOLGENDE VRAGEN WORDT GEVRAAGD NAAR **DE MATE WAARIN** U IN DE AFGELOPEN TWEE WEKEN BEPAALDE DINGEN HEEFT ERVAREN OF IN STAAT WAS TE DOEN .

		Helemaal niet	Bijna niet	Gemiddeld	Nogal	Helemaal
7.	Hoe goed kunt u zich concentreren?	1	2	3	4	5
8.	Hoe veilig voelt u zich in uw dagelijkse leven?	1	2	3	4	5
9.	Hoe gezond is uw omgeving?	1	2	3	4	5
10.	Hebt u genoeg energie voor het leven van alledag?	1	2	3	4	5
11.	Kunt u uw lichamelijke uiterlijk accepteren?	1	2	3	4	5
12.	Hebt u genoeg geld om in uw behoeften te voorzien?	1	2	3	4	5
13.	Hoe beschikbaar voor u is de informatie, die u nodig hebt in uw dagelijkse leven?	1	2	3	4	5
14.	Hebt u mogelijkheden tot recreatie?	1	2	3	4	5

IN DE VOLGENDE VRAGEN WORDT GEVRAAGD NAAR HOE **TEVREDEN OF ONTEVREDEN** U IN DE AFGELOPEN TWEE WEKEN BENT GEWEEST MET DE VERSCHILLENDE ASPECTEN VAN UW LEVEN.

		Erg ontevreden	Ontevreden	Tevreden noch ontevreden	Content	Erg tevreden
15.	Hoe tevreden bent u met uw slaap?	1	2	3	4	5
16.	Bent u tevreden met uw vermogen om alledaagse activiteiten te verrichten?	1	2	3	4	5
17.	Bent u tevreden met uw werkvermogen?	1	2	3	4	5
18.	Bent u tevreden met uzelf?	1	2	3	4	5
19.	Hoe tevreden bent u met uw persoonlijke relaties?	1	2	3	4	5
20.	In welke mate bent u tevreden met uw seksuele leven?	1	2	3	4	5
21.	Hoe tevreden bent u met de steun die u krijgt van uw vrienden?	1	2	3	4	5
22.	Bent u tevreden met uw leefomstandigheden?	1	2	3	4	5
23.	Hoe tevreden bent u met uw toegang tot gezondheidsdiensten?	1	2	3	4	5
24.	Hoe tevreden bent u met uw vervoer?	1	2	3	4	5

		Erg slecht	Tamelijk slecht	Goed noch slecht	Tamelijk goed	Erg goed
25.	Hoe goed kunt u zich verplaatsen?	1	2	3	4	5

DE VOLGENDE VRAAG VERWIJST NAAR **HOE VAAK** U BEPAALDE DINGEN HEBT GEVOELD OF ERVAREN, BIJVOORBEELD DE STEUN VAN UW FAMILIE OF VRIENDEN OF NEGATIEVE ERVARINGEN, ZOALS ZICH ONVEILIG VOELEN.

		Nooit	Zelden	Zo nu en dan	Redelijk vaak	Altijd
26.	Hoe vaak heeft u negatieve gevoelens, zoals een sombere stemming, wanhoop, angst, depressie?	1	2	3	4	5

Heeft iemand u geholpen bij het invullen van deze vragenlijst?

Hoe lang heeft u erover gedaan om deze vragenlijst in te vullen?